Rok XXXIV. Kraków 14. Września 1895 r. Nr. 37.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości $1^1/_2$ do 2 arkuszy.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 8. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Szpital im. Ludwika, przy ulicy Strzeleckiej Nr. 2.

Ekspedycya miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuje: w Krakowie Administracya a w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmuje: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, rue des Saints Pères, w Nowym Jorku Dr. Bronisław Grabowicz 137. Clinton and 189, Broome Streets.

Rękopisy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 [illegible].

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. Wprowadzanie cewnika do moczowodów sposobem Nitzego.

Według skróconego przemówienia na VII. Zjeździe chirurgów polskich.

Podał

Prof. Rydygier.

Panowie! Jak ważna jest dla chirurga znajomość miejsca, w którem wzdłuż przewodu moczowego zmiany chorobowe się rozwijają, każdy z nas wie dobrze; niemniej jednak są nam znane trudności, które aż do ostatnich czasów stawały w drodze dokładnemu w tym względzie rozpoznaniu. Już pewne oznaczenie w danym przypadku, zkąd się krwotok lub ropienie bierze, czy z pęcherza, czy nerek, natrafiało nieraz na nieprzezwyciężone trudności. Aż nadto liczne znane są przypadki z literatury nawet ostatnich lat, w których mimo udoskonalonych sposobów badania klinicznego zdarzały się w tym względzie grube omyłki. Nam chirurgom przedewszystkiem wiedzieć trzeba, czy choroba zajęła pęcherz, czy moczowody, czy nerki; jeżeli zaś te ostatnie, to wyśledzić musimy, czy obie, czy jednę tylko i którą z nich a druga czy istnieje i jest w stanie za dwie pracować.

Nic więc dziwnego, że chirurg wycinając nerkę *per laparotomiam* starał się i dziś się stara ręką wprowadzoną do jamy brzusznej obmacać nerkę drugą, żeby się przekonać o jej stanie. Lawson-Tait i Thorton radzili nawet wykonywanie laparotomii wprost jako środek rozpoznawczy. Słusznie jednak nie przyjęło się takie postępowanie, raz dlatego, że zawsze to zabieg zapoważny a powtóre nawet niepewny, bo u otyłych ludzi nie zdołamy nieraz ani oznaczyć wielkości badać się mającej nerki a tem mniej wyśledzić delikatniejszych zmian w jej miąższu. To też Czerny chce, żeby po odsłonięciu chorej, wyciąć się mającej nerki, zacisnąć jej moczowód i następnie zbadać mocz zbierający się z drugiej nerki w poprzednio oczyszczonym pęcherzu. Żeby czemprędzej przyjść do celu, radzi Gluk w czasie tym wstrzyknąć podskórnie jodek potasu, dający się prędko wykryć w moczu, co w razie dodatnim świadczyłoby o obecności i sprawności drugiej nerki. Iversen radzi wykonywać cięcie nadłonowe (*sectio alta*), żeby się albo wprost przekonać wzrokiem, z którego moczowodu wypływa mocz zmieniony, albo po wprowadzeniu cewnika do moczowodu oddzielnie zbadać mocz z jednej i drugiej nerki. Aczkolwiek *sectio alta* jest zabiegiem niewątpliwie poważnym, znalazł Iversen naśladowników. Harrison radził z cięcia międzykroczowego wprowadzić cewniki do moczowodów, co jednakowoż jest rzeczą trudniejszą a wobec przerostu prostaty często wcaleby się nie udało.

U kobiet Hegar odszukuje moczowody z nacięcia w przedniem sklepieniu i podczas badania czasowo raz jeden, to drugi podwięzuje. Emmet przecina przegrodę pęcherzowo-pochwową i tędy odsłania sobie ujście moczowodów pęcherzowe.

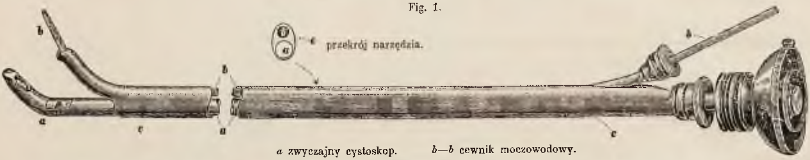
Niekrwawych sposobów dążących do tego samego celu mamy nie mniejszą liczbę. H. Fenwick zalecał oczko specyalnie wygiętego cewnika przycisnąć do ujścia moczowodu tak, żeby tylko z odpowiedniej nerki mocz wypływał na zewnątrz i mógł zostać zbadanym. Jak niepewny taki sposób, każdy pojmie. Silbermann chciał znów oczko cewnika tak przyłożyć do ujścia, żeby balonik gumowy wydęty za pomocą żywego srebra przez to oczko zacisnął moczowód a do pęcherza zbierałby się mocz tylko z drugiej nerki; sposób bezwątpienia niepewniejszy, niż poprzedni. Tuchmann podał osobne kleszczyki do zaciskania ujścia moczowodów, sposób i niepewny i nie bez niebezpieczeństwa. Ebermann chciał ujście moczowodu zacisnąć kleszczykami, których jedno ramię wprowadzać się miało do pęcherza, drugie do odbytnicy, również niepewny sposób. Sands radzi palcami wprowadzonymi do odbytnicy zacisnąć moczowody. Hegar, Sänger i inni to samo osiągnąć zamierzali za pomocą okłu-

cia i tymczasowego podwiązania moczowodów w przedniem sklepieniu tam, gdzie ich przebieg rysuje się wyraźnie.

Żaden z tych sposobów nie znalazł obszerniejszego zastósowania, jak go nie znalazły dawniejsze próby kateteryzowania moczowodów. Już Simon wprowadził do moczowodu cienką metalową sondę po rozszerzeniu cewki moczowej palcem. Newman wprowadził przez tak rozszerzoną małą cewkę lampkę elektryczną, żeby tym łatwiej ujście odszukać. Grünfeldowi udało się za pomocą swego cystoskopu u kobiety wprowadzić sondę do ujścia, u mężczyzny nie zdołał tego dokazać. Nareszcie Pawlik trzymając się rysunku, jaki widać na przedniej ścianie pochwy, tam gdzie przechodzą moczowody skośnie przez ścianę pęcherza, wykształcił metodę, za pomocą której przy swej nadzwyczajnej

Jak Panowie widzicie, składa się ten przyrząd z zwyczajnego cystoskopu, do którego dodano u góry rynienkę mającą służyć do przeprowadzenia i nadania należytego kierunku cewnikowi moczowodowemu (zob. figurę 1.); dlatego rynienka ta jest ruchomą na cystoskopie. Przy wprowadzaniu dziób tej rynienki przykłada się do dzioba cystoskopu. Po wprowadzeniu cofamy nieco rynienkę i skręcamy w bok, żeby odszukać ujście moczowodu. Następnie nadajemy dziobowi rynienki taki kierunek, że wypchnięty z niego kateter posuwa się właśnie w kierunku przebiegu moczowodu przez ścianę pęcherza (zob. figurę 2.). Wpychając cewnik z lekka coraz głębiej, można go wprowadzić aż do miedniczki nerkowej. Po wypływaniu moczu kroplami poznajemy, że cewnik znajduje się w moczowodzie a właściwie w miedniczce.

Fig. 1.



a zwyczajny cystoskop. *b—b* cewnik moczowodowy.

zręczności zdołał w każdym przypadku u kobiet wprowadzić stały cewnik do moczowodu bez poprzedniego rozszerzania cewki i bez oświetlania. U mężczyzn tego sposobu naturalnie stósować nie można.

Po wynalezieniu cystoskopu Nitzego rozpoczęto próby, żeby obok cystoskopu wprowadzić cewnik. Brenner, Poirier i Boisseau du Rocher sposób ten stósowali już przed Nitzem, przeważnie jednak na trupach, chociaż Poirierowi udało się także dwa razy u żyjącego mężczyzny za pomocą swego cystoskopu wprowadzić cewnik do moczowodu. Dopiero jednak prace Nitzego i Caspra nadały praktyczną wartość temu sposobowi i oni to za pomocą swoich narzędzi uczynili ogółowi lekarzy ten sposób badania przystępniejszym a spór ożywiony z L. Casprem jeszcze bardziej zwrócił na tę sprawę ogólną uwagę.

Już zwyczajny cystoskop dozwala nam na pewno rozstrzygnąć, czy pęcherz jest ogniskiem choroby czy nie; obserwując dokładnie ujścia moczowodów, możemy też bardzo często rozpoznać, która nerka jest zajęta, czy n. p. mocz krwawy wydziela się z lewego czy prawego moczowodu. Nie tak pewnie rozstrzygniemy, z którego ujścia wypływa mocz zmieszany z niewielką tylko ilością ropy. Tem mniej możemy się w ten sposób dowiedzieć o chemicznym składzie moczu z każdej nerki oddzielnie. Również nie możemy zwyczajnym cystoskopem rozstrzygnąć kwestyi, czy moczowód, czy też nerka jest zajęta, chyba że przyczyna cierpienia znajduje się tuż przy ujściu moczowodu do pęcherza.

To też jako rzeczywisty postęp w rozpoznawaniu i leczeniu chorób dróg moczowych powitać należy wynaleziony przez Nitzego[1]) cystoskop do kateteryzowania moczowodów.

[1]) Nie wchodzę wcale w spór Nitzego z Casprem, bo nie ulega wątpliwości, że Nitze teraz dopiero podał przydatne do badania moczowodów narzędzie a jest rzeczą obojętną, czy przed nim raz lub dwa razy Poirier zdołał wprowadzić kateter do moczowodów u żywego mężczyzny. Również nie ulega wątpliwości, że Nitzemu należy się pierwszeństwo przed Casprem.

Chcąc wyjąć cystoskop, cofamy go powoli a równocześnie wpychamy cewnik moczowodowy nieco głębiej. Po wyjęciu cystoskopu zostawiamy cewnik dopóty, dopóki dostateczne ilości moczu do chemicznego zbadania nie zbierzemy. Wprowadzając cewnik do moczowodu, zarazem możemy wyśledzić,

Fig. 2.



czy są w nim zwężenia lub ciała obce. O ile okaże się ten przyrząd skutecznym do usunięcia tych cierpień, pouczyć nas może dopiero dalsze doświadczenie.

Rozumie się, że trzeba pewnej wprawy do wprowadzania tego przyrządu, jak przy wszystkich tego rodzaju narzędziach.

II. Przyczynek do anatomii patologicznej dobrowolnych zwichnięć soczewki do komory przedniej.

Napisał

Dr. Konrad Rumszewicz w Kijowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

W oderwanej części siatkówki nie było ani śladów uwarstwienia; była ona znacznie cieńszą i zupełnie przeistoczoną w tkankę łączną, naczyń wcale prawie w niej nie było. Rzeczą godną jest uwagi, iż odpowiednio średnicy pionowej ku dołowi oderwanie dochodziło nietylko do rąbka zębatego, lecz nadto była również oderwaną na pewnej przestrzeni, prawie do początku wyrostków rzęskowych część rzęskowa siatkówki, wskutek czego wyżej rąbka powstawał jakby trójkąt, zwrócony wierzchołkiem ku górze i ku wnętrzu. Jednakże komórki części rzęskowej siatkówki w oderwanych i nieoderwanych jej częściach zawsze były zupełnie dobrze zachowane; tylko począwszy od rąbka przez całą obrączkę do początku wyrostków od wewnętrznej powierzchni przyłączała się do rzęskowej części dość prawidłowa warstwa wrzecionowatych komórek, ułożonych tylko we dwa rzędy, których jądra podługowate zawsze miały kierunek podłużny.

Co się tyczy przybłonka barwikowego, ten w obrębie tęczówki, wyrostków rzęskowych a nawet obrączki rzęskowej (prócz oderwanej części *pars ciliaris retinae*) był zupełnie dobrze zachowany. W obrębie oderwanej części właściwej siatkówki, zatem w całej prawie dolnej połowie gałki, wcale go nie było. W górnej połowie, w bardzo niewielu tylko miejscach był on zachowany w prawidłowem połączeniu z siatkówką, jakkolwiek komórki jego zawierały mniejszą znacznie ilość barwika. W ogóle w miejscach, gdzie zanikły pręciki i czopki, brakowało również przybłonka barwikowego, lecz nawet w miejscach, gdzie utwory te dawały się jeszcze spostrzegać, bardzo często na znacznej przestrzeni przybłonek barwikowy oddzielała od pozostałej siatkówki cienka warstwa skrzepłej cieczy.

W ciele szklanem, pod powłoką jego, znajdowały się bardzo liczne komórki, które najczęściej kształt miały pierścieni. Nadto pomiędzy wierzchołkami wyrostków rzęskowych rozpięta była błona, która przytykała do tylnej powierzchni zwichniętej soczewki, wszelako dodać muszę, tylko w okolicy wyżej tylnego bieguna soczewki położonej, gdyż gdzieindziej błonę oddzielała od soczewki warstwa skrzepłej cieczy białkowej. Byłato powłoka ciała szklanego, lecz tylko znacznie zgrubiała; nadto na całej jej powierzchni znajdowała się siatka barwikowych, lecz z bardzo małą ilością barwika komórek o bardzo długich wyrostkach, które się ze sobą łączyły; niektóre z tych komórek wcale zresztą nie zawierały barwika. Jak już wyżej wspomniałem, niezależnie od zrośnięcia torebki soczewki z tęczówką, błona ta również wpływać mogła poniekąd na unieruchomienie soczewki w pewnem jej położeniu.

Co się tyczy obwódki Zinna, włókna jej brały początek mniej więcej o 1·5 mm. ku przodowi od rąbka zębatego; kierunek miały prawidłowy i wyglądały jako grube włókna o kierunku prostym, nigdy falistym. Jednakże przy barwieniu fuksyną mniej wyraźnie, niż w pierwszym przypadku wyróżniały się one od części otaczających. Mianowicie na jasno fiołkowem tle występowały nie jaskrawo czerwone, lecz raczej brudno-różowe utwory. Dalej światło załamywały włókna znacznie słabiej, niż w stanie prawidłowym. Nie dość na tem; włókna były często jakby obsadzone przez komórki zupełnie do komórek ciała szklanego, względnie białych kulek podobne, w niektórych miejscach komórki te tworzyły dokoła włókien nawet jakby całkowite pochewki. Otóż badając przy większem powiększeniu, nie trudno było spostrzedz, że brzegi włókien nie zawsze były równie gładkie, jak prawidłowych i właśnie przeważnie w miejscu, gdzie się komórki znajdowały, dawały się spostrzegać mniej lub więcej znaczne wklęsłości. Dziwić się temu bynajmniej nie należy; w pewnych okolicznościach patologicznych te same komórki wywołują większe jeszcze zmiany w utworach znacznie nawet trwalszych od włókien obwódki, mianowicie w prawdziwych włóknach sprężystych. Wszakże bynajmniej nie mam zamiaru tłómaczyć zmiany we włóknach li tylko wpływem komórek białych; przeciwnie, nie wątpię, że większą jeszcze odgrywało tu rolę wprost wymoczenie (*maceratio*). Włókna obwódki dochodziły zwykle tylko do wierzchołków wyrostków rzęskowych i w tem miejscu urywały się odrazu, kilkakrotnie zakręcając się dokoła osi; końce oderwane również były obsadzone przez komórki okrągłe. Od tego też mianowicie miejsca zgrubiała i pokryta komórkami powłoka ciała szklanego udawała się ku tylnej powierzchni zwichniętej soczewki, tworząc jakby przeponę pomiędzy nią i komorą a ciałem szklanem.

Wyniki otrzymane przy badaniu obu przytoczonych przypadków bynajmniej nie upoważniają do jakichkolwiek bądź wniosków ogólnych, tem mniej do wytłómaczenia, w jaki mianowicie sposób zwichnięcie powstać mogło, zwłaszcza że w obu przypadkach mieliśmy sprawy chorobowe zgoła do siebie niepodobne.

Na dwie tylko okoliczności zwrócę tu uwagę. Najpierw wyniki otrzymane najwymowniej dowodzą, że obwódka nie ma nic wspólnego z powłoką ciała szklanego i że następnie, jak trafnie wyraził się w tym względzie Topolanski: *Die Zonula ist von ihrer Entstehung an nur Faser und bleibt Faser* (l. c. str. 29.). Dalej we wszystkich dotychczasowych opisach zwichnięć soczewki na torebce jej nigdy nie znajdowano śladów nawet włókien obwódki. Prócz wyżej przytoczonych w tym względzie danych, Becker (*Atlas der pathologischen Topographie des Auges*) w dwóch przypadkach zwichnięcia soczewki, z których w pierwszym zwichnięcie powstało wskutek mięsaka w jagodówce, w drugim wskutek zapalenia ropnego tęczówki i naczyniówki pochodzenia urażnego, włókien obwódki wcale nie znalazł. Zatem odrywa się zawsze przednie przyczepienie obwódki Zinna, czyli do torebki soczewki a to z powodu, że przyczepienie ku tyłowi jest znacznie lepiej umocowanem.

Okolicznością, na którą przy zwichnięciu soczewki największą zwracać należy uwagę, jest stan obwódki Zinna. Otóż z dotychczasowych badań anatomicznych gałek ze zwichniętą soczewką, jeden tylko Hirschberg w drugim swym przypadku poświęcił więcej trochę miejsca opisowi zmian w obwódce zaszłych, lecz i w tym nawet razie trudno zgodzić się z szanownym autorem, by utwór, w którym resztki obwódki chce widzieć w istocie, miał stanowić li tylko obwódkę; zdaje się nam raczej, że była tu zarazem prócz obwódki nadto zmieniona powłoka ciała szklanego. Nie zważając wszakże na zupełny brak badań anatomicznych, ciągle powtarza się zdanie, że przyczyny dobrowolnych zwichnięć soczewki szukać należy w rozmięknieniu i rozpulchnieniu obwódki lub też w jej zaniku. Przytoczono przezemnie dane anatomiczne w obu przypadkach były zupełnie odmienne. W pierwszym obwódka była zupełnie dobrze zachowana, włókna jej zupełnie dobrze rozwinięte, o wymoczeniu jej zatem mowy nawet być nie mogło a jednak zwichnięcie nastąpiło. Najprawdopodobniej najbliższym, jedynym może powodem tej sprawy było bardzo znaczne wydłużenie przedniej połowy gałki, znaczne tak dalece, że w końcu przekroczyło sprężystość obwódki. Przeciwnie, w drugim przypadku wy-

dłużenia gałki wcale nie było, natomiast w gałce był nadmiar cieczy; przy oderwaniu nawet siatkówki ucisk śródoczny był bardzo znaczny, wszystkie zaś przerwy między tkankami obficie wypełniała ciecz skrzepła. W tych okolicznościach włókna obwódki łatwo uledz mogły wymoczeniu, czego zresztą najzupełniej, zdaje się, dowodzą zmiany w nich znalezione. Ten więc tylko przypadek usprawiedliwia wypowiadane dotąd przypuszczenia o zmianach, którym przy zwichnięciu soczewki ulegać może obwódka Zinna.

III. Kazuistyka sądowo-lekarska.

Czy wójt istotnie „skręcił kark" Wojciechowi K.?

Podał

Dr. Ignacy Schaitter,
lekarz w Krakowie.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Orzeczenie. Na zasadzie wyniku sekcyi orzekamy co następuje: *a*) Po dokładnej rozwadze i zastanowieniu się nad rezultatem otrzymanym przy sekcyi dokładnej, przyczyny śmierci podać nie możemy; zgnilizna bowiem, z powodu panujących upałów i upływu dni trzech po śmierci, takie wywołała zmiany w wewnętrznych organach a zwłaszcza w mózgu i rdzeniu pacierzowym, że badanie ich stanu anatomicznego zupełnie nie było możebnem; *b*) mimo tego przypuszczamy z wielkiem prawdopodobieństwem, że przyczyna śmierci została wywołana ważną zmianą anatomiczną albo rdzenia przedłużonego albo szyjnej części rdzenia pacierzowego, albowiem nie znaleźliśmy innej przyczyny śmierci z powodu choroby narządów wewnętrznych a objawy za życia spostrzeżone z wszelką pewnością przemawiają za ważną zmianą rdzenia pacierzowego, mianowicie szczękościsk, obniżenie ciepłoty ciała, poty rozpływne, zwolnienie tętna, bóle w karku i opadanie głowy w tył, prawdopodobnie z porażenia mięśni szyjnych; *c*) niestety z powodu wysokiej zgnilizny nie możemy oznaczyć i umiejętnie nazwać tej choroby rdzenia, która śmierć wywołała; wykluczamy złamanie kręgów i zwichnienia stawów kręgowych jako przyczynę śmierci a przypuszczamy albo silny wstrząs (*shok*), albo wynaczynienie krwawe do rdzenia przedłużonego lub pacierzowego. Ucisk za pomocą kolan na kark może wywołać takie zmiany a w ich następstwie śmierć, albowiem w braku nawet złamań lub zwichnień może nastąpić śmierć a sekcya nie wykaże zmian dotykalnych. To jest śmierć w skutek wstrząsu (*shoku*). Co jako zgodne z zasadami nauki lekarskiej ......

Przesłuchani w tej sprawie świadkowie zajścia pomiędzy wójtem a Wojciechem K. opisali rzecz zgodnie tak, jak to na wstępie przedstawiliśmy; wszyscy potwierdzili, że nieboszczyk był wzorowym gospodarzem, trzeźwym i cieszył się przez całe życie dobrem zdrowiem, które służyło mu pomimo, że w czasie kampanii w r. 1866. narażony był jako żołnierz na niezwykłe trudy. To też gdy związek przyczynowy pomiędzy śmiercią Wojciecha K. a zajściem z wójtem był w wysokim stopniu prawdopodobnym a orzeczenie obducentów nie wyjaśniało go należycie, zażądała Prokuratorya od innych lekarzy stanowczego orzeczenia na podstawie aktów co do przyczyny śmierci Wojciecha K., ewentualnie w tym względzie, czy śmierć nastąpić mogła w skutek kolankowania (wójt) lub bicia denata kołkami (wójtowa). Lekarze ci wydali na podstawie aktów, z których najważniejsze już podaliśmy, w dosłownem brzmieniu orzeczenie następujące:

1) Nietylko zestawienie przypadków chorobowych, mieszczące się w doniesieniu Dra B., lecz i podania świadków stwierdzają ponad wszelką wątpliwość, że Wojciech K. okazywał przypadki tężca (*tetanus traumaticus*); gdy zaś wynik sekcyi był ujemnym, nie zauważono bowiem żadnych takich zmian we zwłokach, któreby tłómaczyły śmierć tego, przedtem zdrowego człowieka, musimy twierdzić, że Wojciech K. zmarł z tężca.

2) Gdy świadectwo lekarskie z dnia 11. Czerwca stwierdza, że w bitce zaszłej w tymsamym dniu odniósł Wojciech K. rankę za uchem lewem, otarcia przyskórka na przedramieniu lewem i ranę dartą pomiędzy palcami ręki lewej, gdy doświadczenie wskazuje, że tężec powstaje jako choroba przyranna po zanieczyszczeniach nawet ran najmniejszych, mamy wszelką podstawę do twierdzenia, że choroba śmiertelna powstała w przypadku niniejszym w skutek zanieczyszczenia jednej z ran odniesionych w bitce w dniu 11. Czerwca, zwłaszcza, że charakterystyczne a w tym przypadku nader wybitne przypady chorobowe wystąpiły dnia 15. Czerwca a więc w dniu 4-tym po pobiciu i zranieniu, jak to bywa najczęściej.

3) Która z ran odniesionych przez Wojciecha K. stanowiła drogę zakażenia tężcem, tego oznaczyć nie można, nawet nieznaczne zranienie może bowiem stać się źródłem tej zwykle śmiertelnej choroby. To też w przypadku niniejszym nie możemy podać, ażali uderzenie kołkiem lub kijem lub może skaleczenie się K. wśród szamotania się i obalenia na płot, wywołało zranienie, do którego przystąpił tężec.

4) Nadmieniamy, że uszkodzenia, jakich doznał Wojciech K. w bitce w dniu 11. Czerwca a których ślady opisano w świadectwie lekarskiem z dnia 11. Czerwca r. b., nie sprowadzają zazwyczaj takich następstw, jak to było w tym przypadku; stanowią one zwykle tylko lekkie uszkodzenie ciała i sprowadzają upośledzenie zdrowia i niezdolność do pracy zawodowej przez mniej niż 20 dni. Śmierć Wojciecha K. nastąpiła jedynie pośrednio z następstw obrażeń odniesionych wśród zajścia w dniu 11. Czerwca a pomoc lekarska nie była zdolną zapobiedz zejściu śmiertelnemu.

Na podstawie powyższego orzeczenia zostali wszyscy uczestnicy bitki (wójt, żona i córka) pociągnięci do odpowiedzialności a sprawa zakończyła się zasądzeniem wójta i wójtowej za zbrodnię ciężkiego uszkodzenia ciała z §. 157 ustawy karnej.

Czytając opis przypadków chorobowych w doniesieniu lekarza, opis tak wierny i obrazowy, trudno uwierzyć, że nie rozpoznał lekarz, który tak opisał. Wątpić nie można, że o tężcu i jego objawach słyszał i czytał, mimo że może nie obserwował tej choroby. Usiłowaliśmy śledzić tok myśli bystrego obserwatora, któremu rozpoznanie tak się wymykało a podążając na manowce w ślad za błędnemi kombinacyami obducentów i uwzględniając ich badania anatomiczne na karku i w okolicy kręgów szyjnych, musimy przypuszczać, że chyba tylko stara baśń o częstości „skręcenia karku", jako przyczyny śmierci po zadziałaniu różnych szkodliwości na szyję, baśń uchylona badaniami naukowemi a zawsze jeszcze błąkająca się po głowach profanów, opanowała umysły obducentów i stanowiła bodziec do badań lokalnych, gdzie sprawa była ogólną. Pietyzm dla tradycyjnego błędu może jedynie tłómaczyć, że mimo stanowczo ujemnego wyniku poszukiwań anatomicznych chronią się obducenci pod skrzydła bliżej nieokreślonej „ważnej zmiany rdzenia pacierzowego". Ten niezwykły bieg myśli obducentów i odświeżanie przez nich dawno już pogrzebanego błędnego mniemania skłoniły nas do ogłoszenia

opisu przypadku niniejszego. Mamy wszelką podstawę do przypuszczenia, że obecnie czytając własne opisy sami obducenci zadziwią się, iż w tym przypadku nie rozpoznali tężca.

IV. Oceny i sprawozdania.

A. Zarewicz: **Sprawozdanie statystyczno-lekarskie Towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń w Krakowie.** (Dział ubezpieczeń na życie) za czas od r. 1869—1894. Kraków 1895. Duża 8-ka, str. 63 i 6 tablic.

Autor jako naczelny lekarz Towarzystwa wzajemnych ubezpieczeń w Krakowie, wziął sobie za zadanie wykazać, jakie choroby stawały się przyczyną śmierci zabezpieczonych, by ztąd mieć wskazówki, w jakim względzie należałoby skrupulatniej badać osoby mające się ubezpieczyć a tem samem uchronić Towarzystwo od możliwych strat. W tym celu nader starannie zestawił autor 1240 przypadków śmierci zaszłych pomiędzy zabezpieczonymi w ciągu ostatnich 25-ciu lat, według działów chorobowych, uwzględniając w każdym z nich te wszystkie okoliczności, które statystyka w ogóle obejmować powinna a które na długość, względnie na skrócenie życia wpłynąć mogą. Przytem okazało się, że oprócz gruźlicy inne choroby bywały powodem śmierci prawie tak często, jak pomiędzy całą ludnością. Gruźlica stanowiła 23·5% wszystkich zmarłych, co trafnie autor tłómaczy przy końcu swojego sprawozdania. W rozmaitych działach przyczyn śmierci, jako wieloletni i doświadczony lekarz Towarzystwa podaje autor bardzo cenne uwagi dla lekarzy ustanowionych przez Towarzystwo do badania zabezpieczonych.

Pracę swoję opatrzył autor 6 tablicami wykazującemi: 1) Ile osób i z jakich chorób zmarło i na jakie kwoty były one zabezpieczone. 2) W jakim wieku śmierć następowała i skutkiem jakich chorób. 3) Jakiego byli zawodu wymierający na wymienione osobno choroby. 4) Ile zmarło według miesięcy i działów przyczyn śmierci. 5) Ile osób było zabezpieczonych według zawodów, na jakie kwoty i ile im wypłacono; wreszcie 6) Na jakie kapitały i renty byli ubezpieczeni według zajęcia, jak długo byli ubezpieczeni, ile im wypłacono kapitałów i rent i jakie zebrano premie.

W pracy, o której mowa, pierwszej tego rodzaju w literaturze naszej dowiódł autor bystrości w wysnuwaniu wniosków z zestawionych cyfer i wskazał kierunek, w jakim należałoby zaprowadzić zmiany w dotychczasowym sposobie wydawania opinij lekarskich. Gdy zaś praca, o którą chodzi, napisana jest jasno i językiem potocznym, przeto nie tylko dla lekarzy szczególniej przez Towarzystwo używanych będzie bardzo pożądaną, ale także i dla nielekarzy może być zajmująca. *Dr. Buszek.*

Patogeneza zapalenia otrzewny.

Przez

Dra Karola Kleckiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Podobne działanie na serce żaby mają także produkty *protei vulgaris*; po zatruciu żaby tymi produktami, pozostaje jednak pewna wrażliwość serca na bodźce mechaniczne oraz elektryczne.

Wprawdzie toksyny bakteryjne, wprowadzone do jamy brzusznej działają słabiej, aniżeli wprowadzone podskórnie, jak to wykazał Sanarelli[189]) dla toksyny tyfusu a Roux[190]) dla toksyny dyfteryi, co znów jest zgodnem z zachowaniem się niektórych żyjących gatunków bakteryjnych, które w celach doświadczalnych wprowadzano pod skórę i do jamy brzusznej zwierząt; wynika jednak z powyżej zestawionych prac, że po wchłonięciu przez organizm zarówno produktów bakteryj ropnych, jakoteż i produktów niektórych bakteryj kałowych, występuje szereg wybitnych objawów nerwowych oraz zmian w układzie krwionośnym.

Jest jasnem, że zmiany te nie mogą w patogenezie zapalenia otrzewny odgrywać podrzędnej roli. Wszak tworzenie się przesięku, czy wysięku otrzewnowego oraz dyapedeza ciałek białych, a więc zmiany, towarzyszące zapaleniu otrzewny, zależą od stanu naczyń; produkty zaś tych gatunków bakteryj, które tu głównie w grę wchodzą, działając na cały ustrój w ogóle, częstokroć wywołują właśnie takie zmiany w układzie krwionośnym, w których następstwie powstają zmiany natury zapalnej; przytem cierpi odżywienie samych komórek otrzewnowych. A więc produkty bakteryjne, jeśli wprost nie wywołują zapalenia otrzewny, to w każdym razie w bardzo wysokim stopniu ułatwiają powstanie tego cierpienia i to w dwojaki sposób: przez działanie miejscowe oraz przez działanie ogólne na ustrój.

Tak przedstawiają się stósunki w prostem zakaźnem zapaleniu otrzewny, jakoto n. p., gdy zakażenie nastąpiło podczas operacyi brzusznej lub w połogu, gdy z zakażonych narządów rodnych bakterye chorobotwórcze drogą naczyń limfatycznych, jak to wykazał Poirier[191]), dostają się do jamy brzusznej.

W powstawaniu zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelita stósunki są znacznie bardziej skomplikowane; dostaje się tu bowiem do jamy brzusznej treść jelita, stała lub płynna i lotna; bakterye wchodzą do jamy brzusznej po części jako ciała wolne, po części zaś jako ciała ze wszech stron otoczone cząsteczkami treści jelita, co nie jest bynajmniej okolicznością obojętną, jak się to niżej okaże; wreszcie całość błony otrzewny jest uszkodzoną, a nadto, o ile sprawa nie jest urazowa, istnieją już poprzednio powstałe zmiany patologiczne tej błony.

Przedewszystkiem musimy uwzględnić miejscowe działanie na otrzewnę treści jelita w całości, jako masy. Treść ta bywa bardzo rozmaita stósownie do jakości przyjętych pokarmów, stanu jelita oraz do tego, jaki odcinek przewodu pokarmowego przedziurawionym został. W ogóle tylko tyle możemy powiedzieć, że płynna lub papkowata treść jelita cienkiego o odczynie kwaśnym oraz niezawierająca produktów rozpadowych białka (patrz Macfadyen, Nencki i Sieberowa[192]) musi działać jako masa inaczej, jak gęsta lub stała treść jelita grubego o odczynie alkalicznym, zawierająca przeważnie bakterye gnilne oraz produkty rozpadowe substancyj białkowych. Trzebicky[193]) przekonał się na psach, że istnieje różnica w działaniu treści górnego i dolnego odcinka jelita cienkiego; pierwsza mianowicie działa słabiej, aniżeli druga.

W treści jelita grubego znajdują się zazwyczaj cząstki o konsystencyi zbitej, cząstki twarde, jakich nie znajdujemy w jelicie cienkiem. Takie cząstki mogą wywierać na otrzewnę działanie czysto mechaniczne, t. j. przez tarcie mogą wywierać na błonę surowiczą działanie drażniące. Działanie to samo przez się nie miałoby zapewne doniosłego znaczenia: gdy jednak występuje w kombinacyi z innymi czynnikami chorobotwórczymi, zasługuje na uwzględnienie. Z doświadczeń Krafta[194]) oraz Waterhousa[195]), którzy wywoływali zapalenie otrzewny przez wprowadzenie do jamy brzusznej nieznacznej ilości bakteryj chorobotwórczych z twardymi kawałkami agaru, wówczas gdy wprowadzanie tej samej ilości samych bakteryj zwierzęta zupełnie dobrze znosiły,

[189]) Sanarelli: l. c.
[190]) Roux: l. c.

[191]) Poirier: Du rôle des lymfatiques dans les inflammations de l'utérus, des annexes et du péritoine pelvien. Le Progrès médical. T. XVIII. Nr. 3, 4. 1890.
[192]) Macfadyen, Nencki i Sieberowa: l. c.
[193]) Trzebicky: l. c.
[194]) Kraft: l. c.
[195]) Waterhouse: l. c.

wynika, że w pewnych okolicznościach czynnik, o którym mowa, może mieć nawet decydujące znaczenie.

Jakkolwiek Silberschmidt[196]) doszedł do przekonania, że fermenty jelitowe, ich produkty rozkładowe oraz produkty różnych bakteryj nie są w stanie wywołać zapalenia otrzewny, musimy jednak na zasadzie prac wielu innych autorów, powyżej przytoczonych, uwzględnić przy omawianiu powstania zapalenia otrzewny po przedziurawieniu jelita wszystko to, cośmy poprzednio powiedzieli o działaniu produktów bakteryjnych na otrzewnę oraz w ogóle na cały ustrój; w treści jelitowej znajdują się bowiem takie produkty w wielkich ilościach.

Nadto wchodzą tu w grę lotne składniki treści jelita, czyli gazy jelitowe. Wprawdzie mogą nagromadzić się gazy gnilne w jamie brzusznej bez poprzedniego przedziurawienia jelita a jedynie wskutek gnilnego rozkładu wysięku brzusznego przez bakterye, produkujące gazy, jak to wynika z jednego przypadku ogłoszonego przez Tavela i Lanza[197]) (przypadek 50-ty); jednakowoż zdarza się to nadzwyczaj rzadko. Zwykle, gdy w jamie brzusznej znajdujemy gazy gnilne, nastąpiło przedziurawienie jelita. Skład chemiczny tych gazów jest również rozmaitym, stósownie do tego, z jakiego odcinka przewodu pokarmowego gaz dostaje się do jamy brzusznej. Gazy, wytworzone w żołądku oraz jelicie cienkiem nie zawierają lotnych produktów gnilnego rozkładu substancyj białkowych, jakie znajdujemy w gazach jelita grubego; to też na tej zasadzie Czerny[198]) podczas operacyj brzusznych, przy których napotyka się gazy w jamie otrzewny, oryentuje się co do miejsca przedziurawienia jelita w sposób następujący: napotkawszy gazy zupełnie bezwonne, bada przedewszystkiem żołądek; napotkawszy zaś gazy cuchnące, bada przedewszystkiem jelito grube. Ze względu na obecność produktów rozkładowych białka, z których znaczną część stanowią substancye miejscowo drażniące, da się z góry powiedzieć, że jeżeli może być mowa o miejscowem, drażniącem działaniu gazów gnilnych na otrzewnę, działanie gazów, wytworzonych w jelicie grubem, musi być silniejszem od działania gazów, wytworzonych w jelicie cienkiem.

Z badań Nowacka i Braeutigama[199]) wynika, że działania takiego gazów jelita w ogóle niema. Wystawiając błonę otrzewną na działanie gazów gnilnych, sztucznie wytworzonych a odpowiadających swoim składem gazom jelita grubego, również nie mogłem wykazać w otrzewnie zmian, którebym mógł uważać za skutek podrażnienia tej błony owemi lotnemi ciałami[200]). Należy jednak i tutaj pamiętać o tem, że niemożebność wykazania pewnych zmian w komórkach nie przesądza o ewentualnem ich istnieniu.

Jeżeli na podstawie dotychczasowych badań musimy uważać, że miejscowe działanie chemiczne gazów na otrzewnę nie istnieje, lub jest tak nieznacznem, że nie jesteśmy w stanie go wykazać, to za to znanem nam jest mechaniczne działanie tych gazów, które występuje bardzo wybitnie, zwłaszcza w wyższych stopniach wzdęcia brzusznego. Wskutek silnego wydęcia jamy brzusznej gazami jelita powstaje ucisk na sąsiednie narządy, jako to na płuca, żołądek, pęcherz, jelita, powstają zmiany w położeniu serca; wielkie żyły brzuszne, jako to *vena cava, vena portae, vena hepatica* zostają uciśnięte, ztąd wytwarza się zastój żylny, przesięki w jamie brzusznej i t. d. Sama błona otrzewna przez zbytnie wydęcie może zostać naderwaną, może nastąpić miejscami niedokrewność tej błony, obieg limfy w niej może zostać upośledzonym; wszystko to są zmiany, upośledzające energię żywotną komórek oraz siłę resorpcyjną błony otrzewny.

Nowack i Breautigam[201]) przyszli do wniosku, że gazy jelitowe, które dostały się do jamy brzusznej po przedziurawieniu jelita, mogą wywierać jedynie mechaniczne działanie na ustrój; miejscowo nie działają one zupełnie chemicznie, również nie posiadają one, według tych autorów, żadnych własności toksycznych. Co do tego ostatniego punktu, otrzymałem wyniki odmienne. Badając akcyę serca u zwierząt, którym poprzednio wpuszczono do jamy brzusznej gazy gnilne, przekonałem się, że po wchłonięciu nawet stosunkowo niewielkich ilości tych gazów występuje stale upośledzenie czynności serca, objawiające się zwolnieniem tętna. Wynik ten znajduje potwierdzenie w spostrzeżeniach klinicznych prof. Głuzińskiego. Charrin[202]) uważa również gazy jelitowe za ciała toksyczne.

Gazy jelita wywierają także pewien wpływ na ruch robaczkowy kiszek, który, jak to wyżej przytoczono, wspiera sprawę resorpcyi z jamy brzusznej. Według Trevesa[203]) różne składniki gazów jelitowych działają na perystaltykę rozmaicie, a mianowicie azot nie wywiera nań żadnego wpływu, tlen powstrzymuje ruch robaczkowy kiszek, bezwodnik kwasu węglowego z początku wzmaga ten ruch, później zaś sprowadza porażenie jelita, gaz błotny oraz siarkowodór działają na perystaltykę podniecająco.

Znaczna część bakteryj, które się dostały do jamy brzusznej po przedziurawieniu jelita, znajduje się tam w innych stosunkach, aniżeli wówczas, gdy jama brzuszna została zakażoną podczas operacyi lub też gdy zakażenie przeszło ze sąsiedniego narządu; bakterye bowiem, które wraz z treścią jelita dostały się do jamy otrzewny, wchodzą tam przeważnie nie jako ciała wolne, lecz są zawarte w większych i mniejszych grudkach tej treści; są one więc otoczone ze wszystkich stron warstwą substancyj stałych i płynnych o rozmaitej grubości. Oczywiście wchłanianie bakteryj, zawartych w grudkach treści jelita przedstawia dla otrzewny znacznie trudniejsze zadanie, aniżeli wessanie bakteryj wolnych; z natury rzeczy musi więc ono wymagać znacznie dłuższego czasu. W ciągu zaś tego czasu, przez który bakterye pozostają w jamie brzusznej, rozmnażają się one oraz produkują bezustannie toksyny, które po wessaniu ich przez organizm wywierają nań zgubne działanie. Prawdopodobnie działanie to odbija się i na zachowaniu się funkcyj otrzewny. Potwierdzenie tego zapatrywania znajdujemy w doświadczeniach Vaillarda[204]): badacz ten wprowadzał pod skórę królików zarodniki lasecznika tężcowego; gdy pewną ilość tych zarodników wstrzykiwał w hodowli czystej, zostały one wchłonięte i chorobotwórcze ich działanie zupełnie nie występowało; gdy zaś wprowadzono je w tej samej ilości, lecz zawinięte w kawałku bibuły, wywoływały one typowe objawy tężcowe, kończące się śmiercią zwierzęcia. (Dokończenie nastąpi).

Choroby wewnętrzne.

Douglas Powell: **Zapalenie płuc dławcowe** *(pneumonia crouposa)*, **jego etyologia, patologia i terapia.**

Śmiertelność z zapalenia płuc zmniejszyła się tylko bardzo nieznacznie pod wpływem reform sanitarnych, na wszystkie prawie inne choroby zakaźne tak skutecznie działających, przyczem i to trzeba mieć na względzie, że $^1/_2$ przypadków rzeczonej choroby przypada na okres największej siły u człowieka. Na pojawienie się zapalenia płuc wpływa nie tyle klimat, o ile zależy on od szerokości geograficznej, ile w klimacie umiarkowanym niska temperatura

[196]) Silberschmidt: l. c.
[197]) Tavel und Lanz: l. c.
[198]) Czerny: Perforations-Peritonitis nach Magengeschwür. Centralblatt für Chirurgie 1887. Nr. 49. p. 926.
[199]) Nowack und Braeutigam: l. c.
[200]) Klecki: O miejscowem działaniu gazów gnilnych na otrzewnę oraz o ich działaniu ogólnem na ustrój. (Praca, mająca się ukazać w Rozprawach Wydz. matem.-przyrodniczego Akademii Umiejętności w Krakowie).

[201]) Nowack und Braeutigam: l. c.
[202]) Trèves, l. c.
[203]) Charrin: Poisons de l'organisme. Poisons de l'urine. Paris. (Encyclopedie scientifique des aide-mémoires, publiée sous la direction de M. Léonte).
[204]) Vaillard: l. c.

i nagłe jej zmiany. Zaziębienie i szkodliwe wpływy zawodu są główną przyczyną zapalenia płuc.

Co do swoistego dla dławcowego zapalenia płuc mikroorganizmu, najczęściej trafia się kok Fraenkla (w 80%), który jednak znajduje się i w wielu innych chorobach z zapaleniem płuc tylko w luźnym związku zostających albo i w żadnym związku z niem nie będących, jak zapaleniu ropnem opon, zapaleniu śródsierdzia z owrzodzeniem (*endocarditis ulcerativa*), zapaleniu ucha środkowego.

Zapalenie płuc dławcowe podobne jest do gruźlicy, róży, ostrego gośćca stawowego, które wprawdzie mają swój osobny, swoisty mikroorganizm, które jednak do swego rozwoju potrzebują jeszcze pewnych okoliczności dodatkowych, miejscowego lub ogólnego zboczenia w czynnościach żywotnych.

Z postępem sprawy zapalnej rozwija się w przebiegu zapalenia dławcowego płuc znaczna leukocytoza, malejąca ze zmniejszeniem się gorączki i odwrotnie. Znaczny stopień gorączki (*hyperpyrexia*) jest ważną przyczyną wyczerpywania się układu nerwowego i zboczeń w czynności serca.

Co do leczenia, jest Powell za użyciem leków słonych (*salina*) obok czuwania nad wydzielinami, ścisłej dyety i bezwzględnego spokoju. Gorączka, jako nietrwająca długo a dla rozwoju mikrobów niekorzystna nie wymaga zazwyczaj osobnego leczenia; dlatego P. odrzuca najczęściej właściwe leki przeciwgorączkowe, ale stosuje, mianowicie u osób młodych różne procedury hidropatyczne, jak worki z lodem, zimne obwijania, kąpiele. W razie szczególnych okoliczności zadaje strychninę, kofeinę, lub naparstnicę (*digitalis*). U alkoholików występuje P. z dużemi dawkami nastoju żelezistego (*tinctura malatis ferri*).

Bóle, o ile pochodzą ze zmian w płucach, koi P. kompresami bardzo zimnemi lub miejscowym upustem krwi; bóle z zapalenia opłucny pryszczydłami i gorącemi, często zmienianemi okładami. W razie sinicy, bredzenia (*delirium*) i bezsenności należy lepiej żywić chorych i zadawać środki podniecające, morfinę a szczególniej polecić wdychania tlenu.

W dyskusyi nad tym odczytem oświadcza Dreschfeld, iż zapalenie płuc z influency jest szczególniej zaraźliwem i dlatego trzeba plwociny w niem desinfekcyonować energicznie.

Shingleton Smith przytacza postrzeżenia Petreski z Bukaresztu, którzy zadając w zapaleniu płuc dziennie po 4 do 8 gramów proszku liści naparstnicy miał w 1300 przypadkach tak leczonych 2% śmiertelności, gdy w Londynie z zapalenia płuc umiera średnio 20 do 25%. (Z obrad 63. Kongresu *British medical Association*, odbytego w Londynie od 30. Lipca do 2. Sierpnia r. b.) *R.*

Choroby zakaźne.

Bertin: **Leczenie błonicy surowicą zwierząt nieimmunizowanych.**

Autor obserwując w 6 przypadkach chorych na błonicę działanie surowicy koni nieimmunizowanych, dochodzi do tych samych rezultatów, co Behring, Roux i inni a jako wyższość swej metody uważa tę okoliczność, iż konie przed stosowaniem u chorych surowicy poddaje ścisłej sekcyi anatomo-patologicznej, przez co uchronić się może od niekorzystnej dla organizmu ludzkiego komplikacyi po zastrzyknięciu.

W sześciu przypadkach tyczących się:

1 wieku	2 miesięcy
1 „	4 lat
3 „	5 „
1 „	19 „

z których dwa zakończyło się śmiercią, badanie wykazało prątki Löfflera 4 razy, paciorkowiec zaś 3 razy. Z powodu objawów zwężenia krtani dwa razy dokonano tracheotomii. Autor wstrzykiwał 20 cm.³ surowicy zwierząt nieimmunizowanych i obserwował szybkie oddzielanie się błon, znaczną poprawę a wolny powrót do zupełnej rekonwalescencyi.

W dwu przypadkach błonicy u chłopców 5-cioletnich po wstrzyknięciu surowicy koni nieimmunizowanych z powodu braku poprawy w kilka dni później wstrzyknął 20 cm.³ surowicy Rouxa, lecz poprawy znaczniejszej nie obserwował. Z tych przypadków jeden zakończył się śmiercią.

Z komplikacyj towarzyszących tym wstrzykiwaniom autor obserwował tylko pokrzywkę w 3 przypadkach. (*Gazette médicale de Nantes* Nr. 4. 1895).

Dr. B. Komorowski.

Zapiski terapeutyczne.

111. Czerny (prof.): Próby leczenia nowotworów złośliwych toksynami róży (z kliniki chirurgicznej heidelberskiej). Pierwszy Busch zwrócił jeszcze w r. 1866. uwagę, iż niekiedy mięsaki (*sarcomata*) nikną pod wpływem róży. P. Bruns zebrał w roku 1888. kliniczne spostrzeżenia w tym względzie i wykazał, że róża działa niekiedy terapeutycznie w mięsakach, liszaju żrącym (*lupus*), przeciw gruczołom zołzowym, polipom w nosie i keloidom w bliznach, odmawia zaś swego skutku w raku, co najwięcej stan tylko poprawia.

Autor przekonał się również, że róża nie ma wpływu na przebieg raka a nawet w niektórych przypadkach prowadzi do szybszego wzrostu tego nowotworu. W dwóch tylko przypadkach widział autor pomyślny skutek róży na przebieg raka: w pierwszym po 8-mej operacyi odnawiającego się ciągle raka sutka nastąpiła nadzwyczaj groźna róża, po którym przez dwa lata pacyentka była wolna od recydywy a umarła na przyostre zapalenie nietypowe płuca; sekcya wykazała mnóstwo guzków rakowych w płucach. W drugim przypadku po 3-ciej operacyi także odnawiającego się raka sutka pojawiła się róża w średnim stopniu, poczem rana operacyjna zagoiła się bez trudności i gdy dwie pierwsze recydywy wystąpiły w półroku po operacyi, ubiegło teraz od operacyi więcej niż 6 lat a pacyentka nie okazuje dotychczas nawrotu nowotworu.

Po odkryciu przez Fehleisena mikrobu róży i udaniu się nim szczepienia nasuwała się sama przez się myśl użycia sztucznego szczepienia róży do leczenia guzów złośliwych. Próby w tej mierze okazały się jednak bardzo niebezpiecznemi a nawet w niektórych przypadkach zakończyły się śmiercią szczepionych.

Lassar pierwszy spróbował toksyn czystych róży, lecz bez istotnego skutku. Niezależnie od niego zajęli się tą sprawą Spronck w instytucie pasteurowskim w Paryżu, Repin a osobliwie W. B. Coley w Nowym Jorku, w szpitalu dla chorych na raka.

Najliczniejsze doświadczenia robił Coley i opisał je tak dokładnie, iż według tego opisu mogą inni powtórzyć sami jego doświadczenia. Z 38 nie dających się operować mięsaków, w których użył toksyn mięszanych róży i *bacillus prodigiosus*, w 9 widział zupełne zniknięcie nowotworu tak, iż chorych uważa za stanowczo wyleczonych.

Wielkie wrażenie zrobiła publikacya Emmericha i Scholla (por. Nr. 18. *Przeglądu lekarskiego* z r. b.), którzy do swych doświadczeń używali surowicy krwi zwierząt różą zakażonych. Gdy jednakowoż E. i S. metody swej dokładnie nie opisali a surowica przez nich sprzedawana nie była ani dostatecznie wyjałowiona, ani jednako zawsze wyrobiona, przeto ich doświadczenia usuwają się z pod wszelkiej kontroli naukowej, podobnie, jak próby Adamkiewicza leczenia raka tak zwaną kankroiną.

Autor postanowił iść za Coleyem i w tym celu postarał się o płyn zawierający toksyny róży i *bacilli prodigiosi*, zupełnie wyjałowiony.

Płyn ten działa bardzo mocno trująco: wstrzyknięty pod skórę a jeszcze bardziej w nowotwór w ilości dwóch kresek (zapewne zwykłej gramowej strzykawki Pravazowskiej. Przyp. spr. *Przeglądu lekarskiego*) wywołuje znaczną gorączkę, wstrzyknięty w ilości 5 kresek sprawia nieraz bardzo silne dreszcze, nudności, nierzadko z wymiotami, ogólne osłabienie,

czasem drugiego dnia opryszczki na wargach (*herpes labialis*). Po 2—4 godzinach ustępuje gorączka zupełnie.

Otóż płynu w ten sposób działającego użył autor do leczenia nienadającego się do operacyi mięsaka, który klinicznie przedstawiał się jako rak rozlany, wyszły pierwotnie prawdopodobnie z gruczołu przyusznego (*parotis*). Od 10. do 22. Lipca r. b. zrobiono 18 wstrzykiwań od 1 do 6 kresek strzykawki w sam nowotwór. Dopiero po czwartem wstrzyknięciu i w ilości 5 kresek strzykawki wystąpiły dreszcze, trwające trzy kwadranse. Najwyższa temperatura w ciągu tego leczenia doszła do 40·4⁰.

Nowotwór napęczniał nieco podczas gorączki. Do dnia 22. Lipca zniknęła wyrośl nowotworu, stercząca na wzór polipa w przewodzie słuchowym zewnętrznym, błona bębenkowa dała się widzieć a porażenie nerwu twarzowego, które zajmowało przedtem wszystkie gałązki twarzowe, ograniczyło się do mięśni czołowych. Również ustąpiły zupełnie bóle w twarzy i uchu a nowotwór przemienił się w proste zgrubienie.

Jakkolwiek w tym przypadku wpływ leczenia jest wybitny, nie można mówić o wyleczeniu dla krótkości czasu a i o tem trzeba pamiętać, iż nowotwór w tym razie powstał podczas ciąży, wiadomo zaś, iż nowotwory w tym czasie powstałe zmniejszają się często po rozwiązaniu, przynajmniej do pewnego stopnia.

W 4 przypadkach niewątpliwego raka nie widziano z użycia toksyn róży żadnego skutku.

Jakkolwiek dla krótkości czasu i małej liczby postrzeżeń nie wysnuwa autor żadnego wniosku o skuteczności sposobu terapeutycznego, o którym mowa, tyle wydaje się pewnem, iż toksyny róży wywołują przecież pewien wpływ na nowotwory i byłoby to już wielką zdobyczą, gdyby tym sposobem można działać skutecznie nawet tylko na mięsaki, operować się nie dające.

Reasumując swoje i Coleya postrzeżenia dochodzi autor do wniosku, iż toksyny róży mogą działać i to nawet działać skutecznie, swoiście na mięsaki, iż jednakowoż to działanie jest jeszcze całkiem niepewne i nie może w żaden sposób zastąpić operacyi; możeby dał się użyć ten sposób terapeutyczny do zapobiegania recydywom.

W raku wstrzykiwanie toksyn róży, co najwięcej, opaźnia wzrost nowotworu. *(Münchener medizinische Wochenschrift*. 3. Września 1895).

112. Stepp (w Norymberdze): Dalsze doniesienia o użyciu leczniczem bromoformu. W dalszym ciągu swego doniesienia z r. 1889. o użyciu bromoformu do leczenia krztuśca podaje autor do wiadomości swe najnowsze w tej mierze postrzeżenia.

Stósownie do swego stopnia trwają przypadki krztuśca lekkie od 5 do 6, średnie od 10 do 12 tygodni, ciężkie do półroku. Jeżeli zaś użyje się bromoformu, to przypadki lekkie kończą się w 2 do 3, średnie w 4 do 5, ciężkie w 6 do 8 tygodni zupełnem wyleczeniem. Bromoform przeto stanowczo i znacznie skraca chorobę.

Bromoform prócz tego zmniejsza liczbę i moc napadów i wpływa korzystnie na apetyt tak, że po chorobie nieraz dzieci wyglądają lepiej, niż przedtem. Wprawdzie bromoform nie zawsze zapobiega zmianom zapalnym w płucach w przebiegu krztuśca, sprawia jednak, iż dzieci przebywają je lepiej i częściej z nich wychodzą. Natomiast nie widział autor skutku z bromoformu w przypadkach wikłania się krztuśca z gruźlicą lub influencą.

Co się tyczy dawek, nie można się trzymać zbyt małych. Stósownie do przypadku zadaje autor dziecku pół rocznemu po trzy krople, rocznemu po 4 do 5 kropel trzy razy dziennie. Swoim własnym dzieciom, jednemu 3, drugiemu 8 lat liczącemu zadawał autor na ciężki krztusiec trzy razy dziennie po 10, względnie po 16 kropel i w 4, względnie 5 tygodniach usunął chorobę zupełnie. Pamiętać należy, żeby bromoformu nigdy nie dawać do czczego żołądka, ponieważ wtedy bromoform przemienia się w gaz, uchodzi i ztąd nie skutkuje.

Autor przytacza dwa znane sobie przypadki, dowodzące do pewnego stopnia swoistości działania bromoformu w krztuścu; w pierwszym z nich chłopiec 3-letni zażył naraz aż trzy gramy bromoformu, doznał chwilowo zamroczenia, ale od tej chwili pozbył się zupełnie choroby; w drugim dostał chłopiec dwuletni naraz 30 kropel bromoformu, padł i usnął natychmiast, we dwie godziny później był już zupełnie przytomny a we dwa dni później nie okazywał żadnych więcej przypadów krztuśca.

Przypadki te dowodzą, iż mimo całej ostrożności nie można trzymać się dawek zamałych bromoformu a za skazówkę w tej mierze uważać należy liczbę nocnych napadów choroby.

Autor próbował bromoformu (w postaci torebek, czyli kapsułek zawierających po 0·50, z których chorzy zażywali po 4 do 6 dziennie całemi tygodniami), także w gruźlicy i przekonał się, że działa on skutecznie w przypadkach bez gorączki i bez skłonności do rozpadu ognisk w płucach przez podniesienie apetytu, powiększenie ciężaru ciała i zmniejszenie plwociny.

Dalej przekonał się autor, iż bromoform działa bardzo skutecznie w rozedmie płuc (*emphysema pulmonum*) przez zmniejszenie dychawicy (*asthma*) i towarzyszącego jej nieżytu oskrzelowego i to w przypadkach, w których inne środki zwykle w takich razach używane zawiodły. Pamiętać wszakże należy, iż bromoform całkiem nie działa w dychawicy z wad serca, stwardnienia tętnic i zmian w nerkach.

W końcu oświadcza autor, iż widział bardzo pomyślne rezultaty terapeutyczne z użycia bromoformu u dzieci w różnych postaciach zapalenia płuc, w przewlekłym nieżycie oskrzelowym obok krzywicy i kurczu głośni.

Ponieważ bromoform najpodobniej do prawdy wydziela się przez drogi oddechowe, mielibyśmy w nim środek działający wprost na tę część ustroju.

Dzieciom przepisuje autor bromoform w roczczynie; tak n. p. dziecku półrocznemu: *Bromoformii guttas 9*, *spiritus vini 3·00*, *aquae destil. 90·00*, *syrupi 10·00*, dziecku rocznemu: *bromoformii guttas 15*, *spiritus vini 7·00*, *aquae destil. 100·00*, *syrupi 10·00*. Dzieciom starszym o 6 do 10 kropel więcej. Lek ten zażywają dzieci we dnie i w nocy i dostają obok tego stósowne okłady na klatkę piersiową. Do leczenia potrzeba 10 flaszek takiego roczczynu a nawet i więcej. *(Münchener med. Wochenschrift*. 3. Września 1895).

113. E. M. Skerritt (prof. szkoły lekarskiej w Brystolu): O użyciu kofeiny w dychawicy oskrzelowej (*asthma bronchiale*). Na podstawie własnego doświadczenia sądzi autor, że z pomiędzy wszystkich środków przeciw dychawicy używanych kofeina jest najskuteczniejszym i najpewniejszym, szczególniej, jeżeli napady występują we wczesnych godzinach rannych i budzą ze snu chorego.

Zaraz w pierwszych chwilach napadu dychawicznego powinien chory zażyć 30 centygramów cytrynianu kofeinowego (w proszku lub roczczynie) i dawkę tę powtarzać naprzód co 4 godziny aż do zupełnego ustania napadu a później rzadziej w celu zapobieżenia jego powrotowi.

Jeżeli napad dychawicy pojawia się regularnie wczas rano, wystarczy zażyć 30 do 60 centygramów cytrynianu kofeiny idąc spać a jeżeli rano dnia następnego nie ma skutku, zażyć jeszcze 30 centygramów rzeczonego przetworu, powtarzając tę dawkę w razie potrzeby.

Cytrynian kofeinowy działa lepiej u dorosłych, niż u dzieci i przedewszystkiem w samodzielnej dychawicy oskrzelowej, t. j. niezależnej ani od choroby nosa ani od zboczeń w trawieniu. *(La Semaine médicale*. 4. Września 1895).

V. O przypadkach cholery azyatyckiej, stwierdzonych w armii austryacko-węgierskiej w r. 1893.

Podał

Dr. J. Baschkopf,

c. i k. lekarz pułkowy.

Choroby zakaźne, grasujące epidemicznie między ludnością cywilną państwa, zabierają w regule pewną liczbę ofiar także z szeregów wojska i to mimo najenergiczniejszych środków ostrożności, w takich razach z jak największą ścisłością przestrzeganych. I tak miała się też rzecz z cholerą azyatycką, która w ostatnich kilku latach w postaci epidemii nawiedziła niektóre kraje. W niniejszej korespondencyi podajemy kilka dat statystycznych, odnoszących się do przypadków cholery azyatyckiej, zaszłych w roku 1893. w wojsku austryacko-węgierskiem a to na podstawie urzędowego sprawozdania, wydanego przez ministerstwo wojny, ogłoszonego w *Roczniku wojskowo-statystycznym za rok 1893.* [1]). Otóż według tych dat przydarzyło się w wspomnionym roku w armii austryacko-węgierskiej 51 przypadków zachorzenia z 22 przypadkami śmierci wskutek cholery azyatyckiej, podczas gdy w roku 1892. stwierdzono 43 przypadków zachorzenia z 17 przypadkami śmierci. Z tych przypada w roku 1893. na wojskowy okręg terytoryalny:

budapeszteński .	23	przyp.	zapadnięcia	z	12	przyp. śmierci
preszburski . .	3	„	„	„	2	„ „
koszycki . .	2	„	„	„	—	„ „
zagrzebski . .	10	„	„	„	7	„ „
serajewski . .	3	„	„	„	1	„ „

W roku przeszłym stwierdzono cholerę azyatycka tylko w trzech wojskowych okręgach terytoryalnych, w Budapeszcie, w Temeszwarze i Zagrzebiu. Z powyższych dat wypływa, że największą liczbę przypadków cholery azyatyckiej znaleziono w pułkach węgierskich. Ciekawem jest, że z przytoczonych wyżej 23 przypadków, stwierdzonych w metropolii Węgier, przeważająca liczba, bo aż 14 tyczyła się pułku huzarów Nr. 16. Między ludnością cywilną Budapesztu stwierdzono w roku 1893. 172 przypadków cholery azyatyckiej (wobec 1173 roku zeszłego, t. j. 1892). Co się tyczy przypadków cholery w wspomnionym pułku huzarskim, to zachorowało na cholerę w przeciągu 13 dni 14 żołnierzy, z których 7 umarło. Przyczyny powstania choroby szukać tu należy z całą pewnością w piciu wody, pochodzącej z wodociągów budapeszteńskich, dostarczających sztucznie, niestety bardzo niedostatecznie filtrowanej wody z Dunaju. Władza wojskowa, wiedząc o tem dobrze, pozwalała tylko na użycie wody tej do mycia. Dla jak najpewniejszego, o ile możności zapobieżenia używaniu tej wody do picia, zamknięto rury wodociągowe i zostawiono je otwarte tylko w miejscach, służących do mycia, nadto najsurowiej zakazano żołnierzom picia tej wody. Pułk ten, odbywający wówczas marsz z Rzeszowa do nowego swego garnizonu, Budapesztu, ściśle unikał wszystkich miejscowości, cholerą nawiedzonych, stosunki jego zdrowotne były wyśmienite a w szczególności nie przydarzały się żadne choroby przewodu pokarmowego. Zawleczenie cholery przez rekrutów, którzy właśnie w owym czasie (w początku Października) wstąpili do wojska, można na podstawie przeprowadzonych poszukiwań wykluczyć tak, że przyjąć należy, iż choroba musiała mieć swoje źródło w samym Budapeszcie, w którym podówczas cholera grasowała wśród ludności cywilnej.

Przypuszczenie, że utrzymująca się wówczas trwale wysoką temperaturę powietrza, brak opadów atmosferycznych z następowem obniżeniem się wody gruntowej w połączeniu z wysoką ciepłotą ziemi uczynić należy odpowiedzialnemi za powstanie zarazy, upada samo przez się wobec okoliczności, że te same stosunki atmosferyczne trwały jeszcze długi czas po wygaśnięciu cholery. Natomiast stwierdzono na pewne, że żołnierze, którzy zapadli na cholerę, wbrew surowemu zakazowi używania wody z wodociągów do picia, wodę tę przecież pili, że następnie w tydzień po zamknięciu rur wodociągowych wygasła cholera także w miejscach do mycia przeznaczonych i że oficerowie, jakoteż żonaci podoficerowie wraz z ich rodzinami, którzy nie pili wody z wodociągów, na cholerę nie zapadli. Wszystkie te okoliczności prowadzą do twierdzenia, że tylko picie tej wody było przyczyną epidemii. Także liczne i często groźne postacie kataru jelitowego, które w czasie epidemii przydarzały się w powyższym pułku huzarów, odnieść należy do picia wody z wodociągów. I tak przydarzyło się w przeciągu trzech tygodni 53 przypadków ostrego nieżytu jelitowego; 40 chorych przyznało się do picia wody wodociągowej. Ze względu na równe pochodzenie tych przypadków chorób jelitowych z cholerą rozszerzono wszelkie przepisy odkażania i sanitarno-policyjne środki ostrożności także na huzarów, którzy zapadli na ostry nieżyt jelitowy. Naumyślnie przytoczyliśmy nieco obszerniej powyższy smutny przykład z pułkiem huzarskim, by wykazać, że prątki cholery azyatyckiej dostają się do ustroju człowieka nie za pośrednictwem narządu oddechowego lub na innej drodze, lecz wyłącznie prawie na drodze narządu pokarmowego i to za pośrednictwem wody, do picia użytej.

Z chwilą stwierdzenia wybuchu cholery azyatyckiej między ludnością cywilną zarządziły natychmiast władze wojskowe najostrzejsze środki ostrożności celem zapobieżenia zawleczeniu zarazy między żołnierzy. Ścisłe przestrzeganie tych zarządzonych przepisów zapobiegawczych oddawało też, z małemi tylko wyjątkami, bardzo cenne usługi załogom, znajdującym się w zarażonych okręgach. Do środków tych należało: ograniczenie lub zupełne zabronienie żołnierzom wychodzenia z koszar, zakaz uczęszczania do gospod i mieszkań prywatnych (w jednym przypadku zachorował żołnierz po odwiedzeniu matki, w której rodzinie przydarzył się przypadek śmierci na cholerę azyatycką), umywanie rąk przed i po jedzeniu wodą mydlaną, wstrzymywanie kąpieli w rzekach podejrzanych, celem zapobieżenia mimowolnemu połykaniu zakażonej wody rzecznej podczas kąpania się, wobec okoliczności, że właśnie ludność, nad rzekami mieszkająca i używająca wody rzecznej do picia, najczęściej zapadała na cholerę, wyłączne używanie rzeczywiście dobrej wody do picia i gotowania, przyznanie dodatku sanitarnego w postaci pół porcyi herbaty z rumem dla jednego żołnierza i na jeden dzień na czas trwania epidemii.

Według sprawozdania władz wojskowych wybuchła cholera na Węgrzech w ogóle naprzód w Satmarze, zkąd roz-

[1]) Ministerstwo wojny austryackie wydaje corocznie Rocznik wojskowo-statystyczny (*Militaer-statistisches Jahrbuch*), w którym skrzętnie zebrane są wszelkie urzędowe daty, tyczące się przybytku i ubytku w armii, właściwości fizycznych i psychicznych do poboru powołanych, jakoteż stosunków zdrowotnych żołnierzy.

szerzyła się powoli, trzymając się brzegu rzek Samosza i Cisy, ku północy i sprawiając największe spustoszenia w komitacie maramaroskim (w sąsiedztwie granicy galicyjsko-węgierskiej), gdzie 15.000 ludzi, przeważnie robotników, zajętych budową kolei żelaznej, zachorowało, z których też więcej, niż połowa umarła.

W terytoryalnym okręgu wojskowym, zagrzebskim wystąpiły naprzód sporadyczne przypadki cholery wśród ludności cywilnej a to przedewszystkiem między robotnikami w fabryce szkła i więźniami cywilnego domu karnego w Osieku a dopiero po upływie dwóch tygodni przydarzył się w wojsku tamtejszem pierwszy przypadek cholery. Związku między zachorzeniami w ludności cywilnej i w wojsku, jakoteż sposobu zawleczenia choroby do niego, mimo najdokładniejszych badań nie można było wykazać. Wody z wodociągów do picia służącej nie można było obwiniać; stosownie do występowania rozsianego choroby należało raczej przyjąć przeniesienie z przypadku na przypadek przez zetknięcie się z chorymi i ich przedmiotami. Celem zapobieżenia rozszerzeniu się tu zarazy zarządzono prócz przepisanych środków ostrożności: noszenie opaski flanelowej na brzuchu, gotowanie wody do picia służącej, herbatę z rumem na noc, zmniejszenie liczby żołnierzy w ubikacyach koszarowych, powiększenie personalu sanitarnego garnizonu o dwóch lekarzy wojskowych, częste przepłukiwania kanałów, szybkie usuwanie i natychmiastowe przeniesienie chorych do odosobnionych szpitali cholerycznych, dokładne przeprowadzanie odrażenia i t. p.

Co się tyczy przypadków cholery w okręgu Serajewskim, to i tu wystąpiła cholera nasamprzód między ludnością cywilną i to między robotnikami zajętymi przy budowie mostu kolei żelaznej w Bresce, gdzie w przeciągu miesiąca zachorowało 84 osób, z których 45 umarło. Mimo to, że garnizujące tu wojsko, strzegące brzegów rzeki Sawy, wystawione było na wielkie niewygody i bezpośrednie niebezpieczeństwo zarażenia się, nie zachorował żaden żołnierz wtedy na cholerę. W innych miastach Bośnii i Hercegowiny zachorowało w tym czasie na cholerę 997 ludzi, z których umarło 513, w wojsku 4 żołnierzy, z których jeden umarł. W okręgach lwowskim i hermansztackim udało się przy ścisłem przestrzeganiu przepisów wojskowych, mimo licznych przypadków cholery między ludnością cywilną, w zupełności uchronić wojsko przed epidemią.

W okręgu wojskowym lwowskim wystąpiła cholera w r. 1893. dwa razy epidemicznie. W Marcu i Kwietniu przydarzyło się w niektórych miejscowościach powiatu borszczowskiego mniej lub więcej 40 przypadków cholery, z których 20 zakończyło się śmiertelnie. W Maju, Czerwcu i Lipcu była cała Galicya wschodnia wolną od cholery, dopiero w Sierpniu pokazywały się znowu pierwsze przypadki cholery w Delatynie (w powiecie nadworniańskim) między robotnikami przy kolei żelaznej, przybyłymi z Węgier i rozszerzyły się następnie z nadzwyczajną gwałtownością w tamtejszych okolicach między stale mieszkającą ludnością. Następnie przeciągnęła epidemia przez powiaty stanisławowski, kołomyjski, śniatyński, bohorodczański, czortkowski, stryjski i horodeński, trwając ze zmiennem nasileniem aż do Grudnia i dopiero 24 t. m. można było ogłosić cały kraj za wolny od cholery. Dla zapobieżenia zawleczeniu choroby między wojsko nie powołano do ćwiczeń w roku 1893. rezerwistów z przytoczonych powiatów, cholerą nawiedzonych.

W okręgu wojskowym hermansztackim w przeciągu trzech miesięcy zachorowało 200 a 126 osób umarło na cholerę. Dopiero interwencyi władz wojskowych, które zwróciły uwagę organów właściwych na pierwsze przypadki choroby, zawdzięczyć należy, że przeciw każdemu przypadkowi wystąpiono natychmiast z odpowiednią energią, przezco zapobieżono dalszemu rozszerzeniu się choroby.

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 12. Września 1895 r.

— K. Richet obliczył śmiertelność dwutygodniową w Paryżu z błonicy w pierwszem półroczu 5 lat poprzedzających rok 1895. t. j. rok ogólnego zastosowania terapeutycznego surowicy Rouxa, i lat 1884 tudzież 1887. wziętych tylko dla przykładu. Z dat w ten sposób otrzymanych pokazuje się, iż gdy w latach 1884, 1887 i 1890 do 1894. na dwa tygodnie przypadało przypadków śmierci z błonicy od 145 do 30, było w pierwszem półroczu roku bieżącego przypadków śmierci z błonicy od 27 do 4, t. j. największa śmiertelność w pierwszem półroczu roku 1895. jest mniejszą od najmniejszej śmiertelności z wymienionych powyżej siedmiu lat. Jakkolwiek te liczby nie są jeszcze ostatecznym dowodem skuteczności terapii surowiczej w błonicy, zawsze zasługują one na uwagę a w każdym razie stanowią ważny materyał do ocenienia postępów terapii w błonicy.

— Przy szpitalu N. M. P. w Częstochowie ma być otwarty oddział chirurgiczny, który obejmie Dr. Władysław Wrześniowski, zastępca lekarza naczelnego W. Biegańskiego podczas jego nieobecności.

— Dr. Munro, fizyk hrabstwa Renfrew w Anglii, tak oblicza koszt epidemii duru brzusznego, wybuchłej w pewnym okręgu tegoż hrabstwa: Było 859 przypadków, z których 74 zakończyły śmiercią. Koszt leczenia chorego w szpitalu wyniósł 218 franków a koszta leczenia wszystkich przypadków w ogólności po 125 franków od głowy. Strata zarobku przez chorych wyniosła 82275 franków, koszta pogrzebu po 125 franków od osoby. Wartość życia człowieka przyjmuje Munro za 159 funtów szterlingów czyli 3975 franków. Zliczając to wszystko razem wypada, iż ta epidemia kosztowała co najmniej 587400 franków a ponieważ dur brzuszny jest chorobą, którą, jak pokazuje doświadczenie, można bardzo skutecznie zwalczać stósownemi reformami higienicznemi, przeto nie ma wątpliwości, iż urządzenia sanitarne a w pierwszym rzędzie ze względu właśnie na dur brzuszny doprowadzenie dobrej wody nawet ekonomicznie opłacają się sowicie. Oby to i u nas chciano zrozumieć!

— Cholera w Tarnopolu trzyma się w mierze, dzięki energii władz sanitarnych a mianowicie wysłanego przez rząd inspektora lekarskiego, Dra J. Barzyckiego. Od 23. Sierpnia dotychczas umarło na nią 10 a zasłabło 22 osób. W okolicy i w sąsiednich powiatach były tylko odosobnione przypadki.

Gubernia podolska ogłoszona jako nawiedzona cholerą.

— Według poszukiwań dokonanych z polecenia Towarzystwa lekarzy liwońskich w latach 1892. i 1893. jest w Liwonii kiła bardzo rozpowszechnioną; w roku 1892., względnie 1893. miało kiłę 1·53, względnie 1·96‰ ludności. Jeżeli się zważy, iż liczba osób dotkniętych chorobami wenerycznemi, między któremi wiewiór (*gonorrhoea*) jest bez porównania częstszym niż kiła (*lues*), wynosi w Szwecyi 1·24‰, w Finlandyi 2·27‰ a w Danii 4·36‰ ogółu ludności, to nie ma wątpliwości, iż kiła rzeczywiście przybrała w Liwonii rozmiary niezwykłe. Tyczy się to osobliwie miast; jakoż w roku 1892. miało w Rydze 6·05‰ a w Juryewie (Dorpacie) nawet 8·45‰ ludności kiłę, gdy odpowiednie liczby wynosiły w Kopenhadze 4·16‰ a w Berlinie 4‰.

— **Nekrologia.** Zmarli: W dniu 6. b. m. w Kutnie w 58. roku życia Dr. **Andrzej Pielaszowski**. W Konstancyi nad jeziorem badeńskiem Dr. **Edward Graf**, wiceprezydent pruskiej izby posłów, koło podniesienia społecznego stanowiska lekarzy w Niemczech bardzo zasłużony. W Pizie w 79. roku życia Dr. **Paschalis Landi**, profesor chirurgii.

— **Konkurs.** Wydział powiatowy w Brodach ogłasza konkurs na posadę lekarza okręgowego w Podkamieniu. Pensya roczna 500 złr., 350 złr. dodatku na objazdy, obowiązek utrzymywania apteki domo-

wej. Podania zaopatrzone w dowody kwalifikacyj prawnie wymaganych do 31. Października r. b.

— **Konkurs** na posadę drugiego lekarza miejskiego w Tarnopolu. Pensya roczna 600 złr., 120 złr. dodatku na mieszkanie, 50 złr. dodatku na dorożkę, prawo do trzech pięcioleci po 60 złr. Podania do 1. Października r. b. na ręce burmistrza tarnopolskiego.

— **Artykuły oryginalne** mieszczące się w polskich pismach peryodycznych lekarskich. W *Gazecie lekarskiej* Nrze 36. T. Jasieński: Rzadki przypadek histeryi u młodego chłopca (*athetosis duplex hysterica, paralysis glosso-labialis hysterica*). A. Gabszewicz: Z kazuistyki chirurgicznej nerek (dok.). B. W. Sawicki: Z dziedziny zboczeń wrodzonych. — W *Kronice lekarskiej*, zeszycie z 1. Września: J. Swieżyński: Sprawdzenie doświadczeń Grütznera nad losem wlewań do kiszki stolcowej u człowieka i zwierząt. J. Zawadzki i L. E. Bregman: Niezwykły przypadek zapalenia wsierdzia pochodzenia rzeżączkowego z następczym zatorem tętnicy Sylwiusza oraz bólami i obrzękiem pochodzenia ośrodkowego. — W *Medycynie* Nrze 36. F. Ficki: Rak czy przerost miąższu i błony śluzowej szyi macicznej? F. Arnstein: Kilka przypadków zimnicy u dzieci o przebiegu nieprawidłowym oraz kilka słów o rozpoznawaniu zimnicy u dzieci.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. S. Domański.

Nakładem Tow. lek. krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.